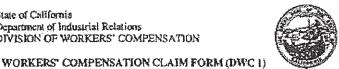
EXHIBIT 49

State of California Department of Industrial Relations DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION



Estado de California Departamento de Relaciones Industriales DIVISION DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

> 03/15/2018 Elizabeth Sc7n3·3

PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (DVC 1)

Employee: Complete the "Employee" section and give the form to your employer. Keep a copy and mark it "Employee's Temporary Receipt" until you receive the signed and dated copy from your emplayer. You may call the Division of Workers' Compensation and hear recorded information at (800) 736-7401. An explanation of workers' compensation benefits is included as the cover sheet of this form.

You should also have received a pamphlist from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them.

Yay person who males or causes to be made any knowingly false or landaled unterial statement or material representation for the purpose of alitarating or densing workers' compensation beneEmpleada: Complete la sección "Empleada" y entregue la forma a su empleador. Quédese con la copia designada "Recibo Temparal del Empleado" hasta que Ud. recibe la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la Division de Compensación al Trobajador al (800) 736-7401 para oir información gravada. En la hoja cubiera de esta forma esta la explicatión de los beneficios de compensación al trabajador.

Ud. también deberla haber recibido de su empleador un folleto describiendo los benficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerios.

Toda aquella persona que a proposito taga o cause que se produzerenalquier declaración o representación material falsa o frandificata con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores.

	a breatents as faute as a teaste.	assuments (SAM) and a partition dates. Telepida	
Employee—complete this section and see note above Empleado—complete esta sección y note la notación artiba.			
1.	Name, Nombre, RUBEN JUAREZ	Today's Dute. Fecha de Hoy. 09/24/2014	
ار الان	Home Address, Dirección Residencial.		
3.		Stale, Estado, CA Zip, Código Postal	
4.	Date of Injury. Fecha de la lesión (accidente). CT: IMR 2	7 2013 — MAR 2 7 2014	
5.	Address and description of where injury happened. Dirección/hig	ar dinde occurit et accidente, COMPANY PREMISES; JRE TO ELECTRONIC PARTS CLEANING & LEAD SO	
6.	Describe injury and part of body affected. Describa la lexión y parte del enerpo afectada. HEADACHES, ANEURYSM		
7.	7. Social Security Number, Número de Seguro Social del Empleado. 0743		
Ė.	Signature of employee. Firma del empleado.		
Employer—complete this section and see note below. Empleador—complete esta sección y note la notación abaja.			
11. 12. 13. 14. 15. 16.	10. Address. Dirección. 1 ROCKET ROAD, HAWTHORNE, CA 90250		
Employer: You are required to date this form and provide copies to your justifier or claims administrator and to the employee, dependent or representative who filed the claim within one working day of receipt of the form from the employee.		Empleador: Se requiere que Ud. feche essa forma y que provéa conias a su com- pañla de seguros, administrador de reclamos, o dependientelrepresentante de recla- mos y al empleado que hayan presentado essa petición dentro del plazo de <u>un día</u> <u>hábil</u> desde el nomento de haber sido recibida la forma del empleado.	
SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY		EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD	
☐ Employer copy/Copia del Empleudov ☐ Employez copyi Copia del Empleudo ☐ Cuimo Administrador de Reclamas ☐ Temporary RecriptiRecific del Employer (Copia del Empleudo) ☐ Cuimo Administrador de Reclamas ☐ Temporary RecriptiRecific del Employer (Copia del Empleudo) ☐ Cuimo Administrador de Reclamas ☐ Temporary RecriptiRecific del Employer (Copia del Employer Copyi Copia del Employer (Copia del Employer (

Juarez v PVA SPX 1199 EXHIBIT 49